

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1937
—

THÈSE

N° 797
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre LUCAS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Mai 1911, à St-RENAN (Finistère)

LES ÉRYTHÈMES
RHUMATISMAUX

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1937
—

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre LUCAS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 41 Mai 1911, à St-RENAN (Finistère)

LES ÉRYTHÈMES RHUMATISMAUX

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TUFINÉAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPPER
Clinique médicale	CAKNOT
	Marcel LABBE
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL ...
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	Maur. VILLARET
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANCON
Clinique cardiologie	MATHEU
	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM	MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.
BESANCON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DCGNON	Physique.
FUNCK	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
CHEVALLIER	Bactériologie
	DE GAUDART
	D'ALLAINES
	DE GENNES... Pathologie chirurgicale
	GAYET
	GIROUD
	HAGUENAU ... Pathologie médicale.
	HALPHEN
	HAZARD
	HUGUENIN ... Anatomie pathologique
	JOANNON
	LACOMME
	LANTUEJOL... Obstétrique
	LAROCHE Guy. Pathologie médicale
	LELONG



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.).	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III - Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY.	
BERT	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU.	
LEMAIRE ...	Parasitologie
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV - Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER.		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALE		
LE LORIER		
METZGER		

V. - Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.. ..	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PERE

LE DOCTEUR HERVÉ LUCAS

Qui fut et demeure mon premier
Maître.

A MA MERE

A MON FRERE

LE DOCTEUR JEAN LUCAS

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Qui guida mes premières études
médicales.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse; qu'il
veuille trouver ici la faible expression
de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI GRENET

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

En témoignage de la grande reconnaissance que nous lui devons ; il nous a inspiré cette thèse et prodigué ses conseils. Les quinze mois que nous avons passés dans son service nous laisseront le souvenir d'un Maître dont les qualités d'homme et de savant vont de pair, et qui sait ne pas négliger dans son enseignement les difficultés morales et les devoirs qui font la noblesse de la profession médicale.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage. :

PROFESSEUR HARTMANN.

PROFESSEUR CARNOT.

DOCTEUR SAINTON.

PROFESSEUR OMBREDANNE.

Externat :

PROFESSEUR GREGOIRE.

DOCTEUR RACHET.

PROFESSEUR AG. DUVOIR.

DOCTEUR COURCOUX.

DOCTEUR LEHELLE.

DOCTEUR GRENET.

DOCTEUR LEVANT.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE LA MARINE CRAS

A MONSIEUR

LE MÉDECIN-CHEF DE PREMIÈRE CLASSE HAMET

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS,
DE L'HÔPITAL MARITIME DE BREST

A MONSIEUR LE MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE AUREGAN

A MONSIEUR LE MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE CUEFF

LES ERYTHÈMES RHUMATISMAUX

INTRODUCTION

Les manifestations cutanées propres à la maladie rhumatismale de Bouillaud sont relativement peu fréquentes. Mais leur symptomatologie est précise et leur constatation d'importance : l'érythème rhumatismal traduit une maladie de Bouillaud en activité, avec localisation cardiaque grave. C'est dire l'intérêt diagnostique et pronostique de ces érythèmes.

Après un rappel historique, nous étudierons ces érythèmes parmi les maladies de Bouillaud soignées dans le service de médecine infantile et à la consultation hospitalière de notre Maître, M. le Docteur GRENET.

HISTORIQUE

Depuis BOUILLAUD, LASEGUE et BOUCHARD, le rhumatisme articulaire aigu, et les formes extra-articulaires, cardiaques et viscérales, de la maladie rhumatismale forment une entité clinique bien définie, et précisée depuis par sa caractéristique anatomo-pathologique, le nodule d'Aschoff. Si la maladie rhumatismale n'est pas toujours individualisée avec cette netteté à l'étranger, elle l'est en France depuis longtemps.

Mais avant que les mots n'aient pris leur sens actuel et précis, on pouvait tout entendre par « rhumatisme », et BAZIN qui n'en séparait pas la goutte, décrivait de nombreuses affections cutanées rhumatismales, parmi lesquelles il rangeait l'érythème noueux, le prurigo, le lichen, l'hydroasdénite, l'eczéma, le psoriasis, etc., toutes rattachées au même terrain, l'arthritisme.

Au contraire, les traités classiques de ces dernières années ne signalaient plus guère les éruptions du rhumatisme que pour les rattacher aux pseudo-rhumatismes infectieux.

Il reste cependant deux affections cutanées qui semblent propres au rhumatisme aigu. L'une, l'éry-

thème, est celle que nous étudions. L'autre a été décrite en 1874 par PERROUD, sous le nom d'érysipèle rhumatismal. Il signale son caractère œdémateux, ses bords surélevés, « sa mobilité rappelant celle des autres localisations rhumatismales ». De ses observations, il semble que les plus nombreuses puissent être rattachées à de véritables érysipèles survenant chez des rhumatisants chroniques. Mais la possibilité dans des cas, à vrai dire, exceptionnels, d'œdèmes pseudo-érysipélateux de nature rhumatismale, ne semble pas devoir être niée. Notre Maître H. GRENET les a rencontrés trois fois, chez des adultes atteints de maladie rhumatismale, dont une fort sévère.

Tout autre est l'érythème rhumatismal.

La première description d'un érythème de nature proprement rhumatismale, semble revenir à RAYER. Dans son traité des maladies de la peau, et pour la première fois dans l'édition de 1835, il cite au chapitre « Roséole », une « éruption érythémateuse roséolée, fugace » apparue chez une femme quinze jours après le début d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, et il décrit cette éruption avec précision : nous citerons cette observation en appendice.

En 1862, FERRAND dans sa thèse sur les « exanthèmes du rhumatisme » cite de nombreuses affections diverses, papuleuses et même vésiculeuses. Une de ces observations décrit un exanthème érythémateux survenu trois semaines après le début de la crise articulaire rhumatismale.

Mais c'est BESNIER qui a, le premier, bien individua-

lisé cette éruption. Il en donne une bonne description, en 1876, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, à l'article rhumatisme.

Il écrit :

« La forme la plus habituelle de l'érythème dans
« le rhumatisme articulaire aigu est la forme papu-
« leuse, et les formes marginées, en plaques discoï-
« des, en lignes sinueuses festonnées, généralement
« de coloration intense à la périphérie ». C'est là
l'éruption qui a gardé le nom d'Erythème marginé
discoïde de Besnier.

Cet érythème rhumatismal est donc connu en France depuis longtemps. Mais son importance, pour ne pas dire son existence, semble avoir été bien méconnue jusqu'à ces dernières années.

En 1922, les auteurs viennois LEHDORFF et LEINER en donnent une description complète, mais un peu différente, sous le nom d'érythème annulaire. Ils ont le grand mérite de montrer les premiers qu'il est pathognomonique de l'endocardite rhumatismale.

En France, en 1928, et sans avoir eu connaissance des travaux des auteurs viennois, notre maître Grenet attirait l'attention sur l'érythème de Besnier. Il relatait une première observation, et employait pour définir l'éruption les mots d' « érythème marginé de Besnier » et les mots « d'érythème annulaire », se rencontrant ainsi avec la dénomination des auteurs viennois.

En 1930, GRENET publiait une autre observation où l'érythème lui permettait de poser le diagnostic

d'infection rhumatismale, vérifiée par la suite, dans une forme péricardique et pleurale, extra-articulaire. Au congrès international contre le rhumatisme à Liège, et à de nombreuses reprises depuis, il revient à la charge et souligne la valeur pronostique et diagnostique bien mises en évidence par de nouvelles observations.

En 1930, LEICHTENTRITT, de Breslau, traitant de l'infection rhumatismale de l'enfance, signale dix cas d'érythème annulaire et confirme les conclusions de LEHNDORFF et LEINER.

LEHNDORFF reprend la même année sa description, la première ayant, dit-il, passée inaperçue, ou presque. Il ignore les publications françaises, mais cite LEICHTENTRITT.

En 1934, BERTOYE cite rapidement cette éruption au chapitre érythème du traité de médecine des enfants, de NOBÉCOURT et BABONNEIX, tome II. Dans le même traité, à l'article rhumatisme. PARAF n'en fait pas mention. Dans la Nouvelle Pratique Dermatologique (1936), Paul VIGNE, au chapitre « Dermatoses en rapport avec le rhumatisme » cite l'érythème polymorphe, le purpura, etc..., mais ne parle pas de l'érythème annulaire.

En 1935, les auteurs hollandais, CAROL et Van KRIEKEN publient une observation et font une intéressante étude anatomo-pathologique.

La même année, WALGREEN, de Gothembourg, en fait une description d'ensemble et s'écarte un peu des conclusions de LEHNDORFF et LEINER.

DESHAYES, d'Orléans, à propos de trois cas, unit ses conclusions à celles de GRENET.

ABT, aux Etats-Unis, publie six observations.

En 1936, les publications se font plus nombreuses.

BINSCHOLDER à Strasbourg, FRIBOURG-BLANC, GRAU et BLICHER, à la Société de Médecine militaire française, publient d'intéressantes observations.

En étudiant le pronostic de la maladie rhumatismale chez l'enfant, Rachel ASH, de Philadelphie, cite dix érythèmes annulaires.

A la Société médicale des Hôpitaux, une communication de GRENET fait naître un intéressant débat, au cours duquel DEBRÉ annonce des observations, qu'il dépose bientôt avec LAMY et Mlle JAMMET.

Avec LEVENT, GRENET publie dans la *Revue du Rhumatisme* de février 1937 un nouvel article.

Enfin, tout récemment, dans sa thèse à Paris, LE GALL publie un travail sur « l'érythème marginé rhumatismal », et relate le cas d'un malade qu'il a vu avec PELLÉ, à Rennes.

ETUDE CLINIQUE

Nous étudierons l'érythème rhumatismal tel qu'il nous a été possible de l'observer avec notre Maître H. GRENET, à l'Hôpital Bretonneau, et nous comparerons les données de notre expérience avec celles des autres auteurs.

Sur 253 enfants rhumatisants soignés ces dernières années, nous relevons 8 cas d'érythème rhumatismal, s'étageant entre 1927 et 1937. Nous ne ferons pas état d'un 9^e cas, douteux, celui de l'enfant Fr... Christiane, 9 ans, soignée par le Docteur JOLY à la consultation du service pour maladie mitrale rhumatismale. D'après la description de ses parents, cette enfant aurait présenté pendant les vacances d'été 1937 un érythème marginé. Cet érythème n'ayant pas été constaté à l'hôpital, nous n'insisterons pas, encore que son apparition chez cette malade vienne à l'appui de nos conclusions.

Restent 8 cas. Sur 253, c'est là une proportion peu élevée, de 3,16 %. ASH signale 10 cas sur 445 maladies rhumatismales, soit une proportion un peu plus faible. LEHNDORFF au contraire estime le rencontrer dans 10 % des cas, et WALLGREEN dans 12 %. LEICHTENTRITT l'observe dans 62 % des cas de mala-

die rhumatismale compliquée d'endocardite; étant donné la grande fréquence des localisations cardiaques chez l'enfant, ce chiffre est environ dix fois plus élevé que le nôtre. Nous n'expliquons pas ces différences; l'on sait que les pays germaniques et anglo-saxons observent beaucoup plus souvent que les pays latins des localisations telles que les nodosités.

Nos cas se rapportent tous à des enfants, notre seul matériel d'observation, à des âges qui vont de 4 à 14 ans. La plupart des cas observés par ailleurs le sont aussi par des pédiatres. Mais LEHNDORFF signale que DECASTELLO lui a déclaré avoir rencontré l'érythème chez des adultes. LE GALL vient dans sa thèse d'en relater un autre cas ; il déclare ne connaître que trois observations d'adultes. Il semble que l'érythème chez l'adulte ne soit pas aussi exceptionnel, à en juger par les observations de RAYER, de FERRAND, de BESNIER, et par celles plus récentes de FRIBOURG-BLANC et de DESHAYES qui en publie deux cas.

Mais cependant c'est surtout chez l'enfant qu'il se voit, comme c'est surtout chez l'enfant que le rhumatisme développe ses localisations cardiaques.

L'érythème apparaît en général au cours d'une attaque rhumatismale. Dans 3 cas nous l'avons observé lors de la première crise, mais il s'agit alors de rhumatisme à forme maligne d'emblée. Les autres fois les enfants avaient déjà fait des atteintes rhumatismales sans érythème. Il survient parfois au cours même de l'attaque et à son paroxysme; parfois, mais

plus rarement, il peut être prémonitoire, comme l'ont vu LEHNDORFF et WALLGREN ; d'autres fois la température est tombée, la convalescence va s'amorcer, quand l'érythème apparaît. En général, il ne coïncide pas avec le maximum des signes articulaires, mais avec le maximum ou l'apparition des signes cardiaques.

L'expérience de LEHNDORFF lui fait dire : « que
« l'érythème annulaire n'apparaît presque jamais au
« début du rhumatisme, au moment des arthropathies
« fébriles. Au contraire, on le découvre souvent pour
« la première fois au moment où les arthropathies
« sont calmées, où la température et les douleurs
« ont disparu, et où restent seulement l'anémie,
« l'adynamie, un peu de toux et un peu de dyspnée,
« premiers signes de l'atteinte cardiaque qui va se
« révéler sous peu à l'auscultation ».

En effet, l'endocardite est le grand facteur étiologique de l'érythème, nous y reviendrons plus loin. Mais nous dirons tout de suite qu'il est pathognomonique de l'infection rhumatismale en activité et que sa constatation peut suffire à porter le diagnostic comme le fit H. GRENET dans l'observation que nous relatons sous le n° 2.

Quelle que soit sa date d'apparition, il peut se présenter sous les deux aspects, marginé discoïde de Besnier, ou annulaire de Lehndorff. Il siège le plus souvent sur le tronc, abdomen et face antérieure du thorax, moins habituellement sur la face postérieure du thorax ou à la racine des membres. Il est rare aux

extrémités. Il n'a jamais été signalé sur le cou ou sur la face.



Tantôt ce sont des taches rondes ou ovalaires, roses ou jaune chamois, à bordure nette et de coloration accusée. Le centre au contraire est plus pâle. La

tache ne fait pas saillie sur les téguments. Tout au plus le bord peut former un très léger relief percep-



tible au doigt, à la palpation douce, et le centre est alors un peu déprimé. Les taches peuvent se réunir et

former des figures assez étendues et plus grandes que la main. Elles s'atténuent sous la pression du doigt.

Tantôt ce sont des anneaux rosés tels que les ont décrits les auteurs viennois : « Les premiers éléments
« sont d'abord très étroits, larges de 1 à 3 mm., légèrement rosés, bleutés ou livides, et en petit nombre... Ils se développent dans les heures et les jours
« qui suivent; le diamètre des anneaux atteint 5 cm.;
« les anneaux voisins confluent et forment de grandes figures polycycliques... Les éléments qui la
« constituent sont absolument de niveau avec la
« peau; jamais ils ne sont papuleux... » Cependant les auteurs signalent quelques cas où :

« Au début l'exanthème a été plutôt maculo-papuleux, de contours nets, plus rouge, en efflorescences douces au toucher, localisées au tronc, et se transformant ensuite en anneaux... »

Le plus souvent nous avons constaté la coexistence ou la succession chez le même malade de ces deux aspects, plaques et anneaux. Les anneaux sont souvent un stade évolutif de la forme marginée discoïde, quand le centre de la plaque disparaît et qu'il n'en reste que les bords.

Cette éruption ne s'accompagne d'ordinaire d'aucun signe fonctionnel. Il n'y a pas de douleur, pas de sensation de chaleur, pas de prurit. Dans l'observation publiée par LE GALL, il y eut avant l'éruption une sensation de « légère brûlure plutôt que de prurit ». C'est là un cas isolé, et la latence de cet érythème fait dire à LEHNDORFF qu'il doit souvent passer

inaperçu si on ne le recherche pas systématiquement.

Venu sans bruit, il disparaît sans traces; il s'efface progressivement, et, d'abord par le centre; il ne desquame pas; il ne laisse pas de pigmentation.

Sa durée est variable. Il est parfois très éphémère; nous l'avons observé durant de 10 heures à 9 jours. Mais le plus souvent la durée moyenne est de 4 jours; pendant 2 jours l'érythème croît, pour décroître ensuite progressivement.

Cet érythème récidive fréquemment; nous l'avons compté jusqu'à 8 fois (observation V) pendant une évolution qui dura cinq mois. LEICHTENTRITT a vu en moyenne deux à trois poussées. Il l'a lui aussi observé 8 fois en l'espace de 16 semaines, et à de nombreuses reprises pendant 4 ans et demi par poussées qui n'ont, dit-il, peut-être pas toutes été notées. Nous reviendrons sur la signification pronostique de ces récidives.

ETUDE HISTOLOGIQUE ET BACTERIOLOGIQUE

Histologiquement, l'érythème a été étudié par CAROL et Van KRIEKEN qui ont fait une biopsie. Ils ont prélevé au niveau de l'abdomen un fragment d'anneau, et fait des coupes en série, qu'ils ont colorées à l'hématine-éosine.

« Les altérations atteignent la peau.

« L'épiderme est à peine modifié, une très légère hyperkératose avec soulèvement de la couche cornée...

« Les papilles du derme sont légèrement élargies
« par places..., dans le derme cellules d'infiltration
« à répartition diffuse et irrégulière, en des points
« assez espacés les uns des autres. Dans la couche
« papillaire et sous-papillaire, infiltration plus dense, mais sans former de couche continue. Ce sont
« des infiltrats périvasculaires irrégulièrement répartis avec cellules irrégulièrement dispersées. Dans
« la couche moyenne de la peau, la disposition périvasculaire est bien caractérisée, les vaisseaux sont
« dilatés.

« Le plus grand nombre des cellules d'infiltration
« sont des polynucléaires auxquels s'ajoutent des lymphocytes et des éosinophiles...

« Rien à dire du tissu élastique et du tissu colla-
« gène.

« Pas de microbes aux colorations de Gram ni de
« Ziehl.

« La culture du tissu montre la flore microbienne
« cutanée normale.

CAROL et Van KRIEKEN concluent à une image d'inflammation aiguë; ils donnent les signes différentiels avec les images d'érythème exsudatif multiforme caractérisé par l'œdème et le thrombus blanc, et d'urticaire annulaire récidivant, où manque l'infiltration diffuse du derme, et où prédomine presque exclusivement la lymphocytose.

C'est là la seule étude anatomo-pathologique de l'érythème dont nous ayons connaissance. Beaucoup plus nombreuses ont été les recherches bactériologiques, soit au niveau de l'éruption, soit dans le sang.

Presque tous les auteurs s'accordent pour signaler la négativité des recherches bactériologiques. LEHN-DORFF et LEINER et les auteurs allemands n'ont jamais rien trouvé dans le sang, et rien d'autre sur la peau que la flore microbienne banale. Plusieurs hémocultures ont été faites chez les malades dont nous rapportons les observations, et répétées jusqu'à trois fois à l'occasion de nouvelles poussées éruptives ou fébriles; sur milieu aérobie, comme sur milieu anaérobie, elles sont toujours restées stériles.

Toutefois DEBRÉ, LAMY et Mlle JAMMET disent avoir obtenu deux fois sur six cas, par ensemencement du sang sur un milieu qu'ils ne précisent pas, des cultu-

res d'un streptocoque anhémostylique. Ils concluent à l'origine septicémique de l'érythème et tirent des conclusions très importantes tendant à englober « maladie de Bouillaud, chorée rhumatismale, maladie de Still, et endocardite maligne » dans un même groupe morbide dont le streptocoque type viridans ferait l'unité.

Il nous semble qu'il faut être très prudent dans ce domaine. Nous rappellerons l'étude intéressante que firent en 1932 LICHTMANN et GROSS : chez des rhumatisants et chez des malades témoins, ils pratiquèrent des hémocultures en série : on découvrit le streptocoque viridans neuf fois sur les 363 rhumatisants, et huit fois chez les 120 témoins. Cette étude montre que la bactériémie streptococcique n'est peut-être pas exceptionnelle, et légitime les réserves que l'on peut être amené à faire sur l'interprétation de trop rares résultats bactériologiques.

Tel n'est pas l'avis de LE GALL : il rapporte son cas d'érythème chez l'adulte, signale les deux hémocultures négatives, et ajoute « Malgré ceci, nous ne devons pas rejeter l'idée d'une septicémie... à streptocoque viridans..., la stérilité d'une culture n'est pas une preuve formelle ». Nous ferons remarquer qu'une hémoculture négative n'est peut-être pas une preuve formelle de l'absence de streptocoque; elle n'est certainement pas une preuve de sa présence.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'érythème rhumatismal est facile. Il faut découvrir le malade, et savoir le rechercher systématiquement, car, nous l'avons vu, ses signes fonctionnels sont nuls, et rien n'attire l'attention du malade ou du médecin. Il semble d'ailleurs que l'éruption se précise quand le malade reste quelque temps découvert.

Ses caractères sont assez nets pour qu'on ne le confonde pas avec le livedo : LEHNDORFF signale la ressemblance au point de vue couleur, mais le livedo est un réseau et non un ensemble de cercles et de courbes; il existe surtout aux extrémités; il apparaît plus net au refroidissement, et disparaît par repos au lit.

L'urticaire annulaire a des taches mal limitées, saillantes et très prurigineuses.

L'érythème polymorphe siège aux extrémités, c'est un érythème en cocarde, avec éléments vésiculeux.

Le mégalérythème épidémique, ou cinquième maladie, atteint le visage, est épidémique et ne s'accompagne d'aucune fièvre.

L'érythème aberrant sérique peut-être assez ressemblant, mais il s'accompagne d'autres accidents sériques.

Les érythèmes médicamenteux, et en particulier salicylés sont d'ordinaire d'un rouge plus vif et prennent le type morbilliforme ou scarlatiforme. Ils disparaissent avec la suppression de la médication, tandis que l'érythème marginé survient aussi bien en l'absence de toute thérapeutique.

L'érythème rhumatismal ne se rencontre pas au cours de maladies non rhumatismales type Bouillaud : il manque dans les arthropathies non rhumatismales des pseudo-rhumatismes infectieux, du rhumatisme blennorragique, comme il manque dans les endocardites non rhumatismales.

Il paraît pathognomonique de la nature de l'infection. Il permet, nous l'avons vu, d'affirmer la nature rhumatismale d'une affection qui n'a pas encore fait sa preuve.

Il est le fait des maladies de Bouillaud avec localisation cardiaque. WALLGREN et ASH citent chacun un cas d'érythème sans endocardite, ce sont là deux faits qu'il faut enregistrer comme exceptionnels.

Signalons enfin comme autre facteur étiologique, d'après les études de WALLGREN, le rôle favorisant des émotions et la part qui revient au système sympathique dans sa production.

Les théories allergiques nous semblent hypothétiques. La maladie de Bouillaud, maladie spécifique a un germe spécifique encore inconnu. L'apparition des poussées érythémateuses peut traduire la dissémination septicémique de ce virus.

PRONOSTIC

L'importance pronostique de l'érythème rhumatismal est capitale.

Dans nos 8 observations, nous voyons 5 morts et 3 survies, ce qui est une proportion très élevée.

Déjà le pronostic du rhumatisme aigu chez l'enfant est extrêmement sévère; se rencontrant dans ses chiffres avec ASH de Philadelphie, H. GRENET compte sur 253 rhumatisants, 184 cardiopathies et 44 morts, soit 17,39 % de décès sur le total des rhumatisants, et 23,91 sur les rhumatisants avec cardiopathies.

Or la manifestation cutanée de l'érythème vient encore assombrir ce pronostic en le portant à 5 décès sur 8

De ces 5 décès, quatre (observations I, IV, V, VI) ont eu lieu dans les mois qui ont suivi l'apparition de l'érythème, l'état du malade n'ayant cessé d'être grave.

Mais le cinquième décès (observation II) est survenu chez une fillette cinq ans après l'érythème. L'érythème avait accompagné une forme septico-pyohémique très grave, et permis le diagnostic de sa nature rhumatismale. L'enfant avait guéri de cette forme

très sévère et ne semblait pas présenter de maladie rhumatismale en activité : les signes cardiaques avaient disparu. Et pourtant cinq ans après, l'infection se réveillait, un nouvel érythème le traduisait et l'insuffisance cardiaque entraînait la mort.

Quant aux trois autres cas, cet exemple nous incite à la prudence : ils sont actuellement stabilisés, mais ils sont récents, et combien de temps le resteront-ils ?

Le pronostic chez l'adulte est-il très différent ? LE GALL pense qu'il est moins sévère que chez l'enfant : nous ferons les mêmes réserves, et nous remarquerons que des deux adultes que cite DESHAYES, l'un mourut, et l'autre eut une forme très grave.

Toutefois les auteurs étrangers semblent apprécier différemment le pronostic vital de l'érythème rhumatismal. LEHNDORFF et LEINER l'ont observé dans plusieurs cas à évolution favorable, et WALLGREN aussi.

Mais tous les auteurs sont d'accord pour lui accorder une valeur de gravité; il indique la persistance de l'infection, au même titre que les nodosités, et sa répétition même en l'absence de fièvre et d'arthralgies permet d'affirmer l'activité de la maladie.

Enfin et surtout, son pronostic tire sa gravité du fait qu'il accompagne de façon quasi absolue (les deux cas de WALLGREN et d'ASH exceptés) une lésion cardiaque évolutive. LEHNDORFF est formel sur ce point : nos 8 observations en sont une autre preuve.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rhumatisme viscéral malin, avec complications rares (in *Arch. de Méd. des Enfants*, H. GRENET et DELALANDE, août 1928).

K... Marcel, 12 ans entre à l'hôpital le 29 septembre 1927 pour des douleurs articulaires datant de 6 jours. Il présente une fièvre élevée (39°) et une pâleur marquée. Les deux genoux, très douloureux, sont le siège d'une hydarthrose nette. Une éruption d'aspect spécial attire d'emblée l'attention :

Sur le ventre, les flancs, le dos, siègent des placards arrondis ou polycycliques, dont les dimensions varient de celle d'une pièce de 5 francs à celle d'une pièce de 50 centimes. Ils forment un relief appréciable sur les téguments; les plus petits sont d'un rouge vif uniforme; les plus larges présentent une partie centrale déprimée, plus pâle, un peu cuivrée, et une zone périphérique très rouge, formant un bourrelet un peu saillant, et qui représente la zone active d'extension. Il s'agit là de l'érythème marginé, en plaques discoïdes, à contours festonnés, décrit par BESNIER.

En outre existent des bubons rhumatismaux.

Par la suite la maladie se complique d'une pancardite rhumatismale (frottement péricardique, souffle systolique mitral, assourdissement des bruits du cœur, collapsus cardiaque), salicylo-résistante, évoluant rapidement vers l'asystolie.

Une pleurésie double, avec épanchement durable, (2 à 3 semaines) fut également observée.

Enfin, un matin on constate des nodosités rhumatismales typiques, durables, du type signalé par WIDAL.

Ce cas a évolué pendant trois mois : le malade entré à l'hôpital le 29 septembre 1927, est mort par collapsus cardiaque le 18 décembre.

A l'autopsie on a trouvé un gros cœur dilaté; le péricarde, extrêmement épaissi, adhère sur toute son étendue au myocarde; celui-ci était pâle et œdémateux. Les valves mitrales étaient très altérées : le bord d'insertion épaissi et formant un bourrelet, le bord libre irrégulièrement épaissi; la petite valve réduite à un petit volant chagriné. Bords de la tricuspide irréguliers. Sigmoïdes aortiques et pulmonaires normales.

Adhérences plurales bilatérales. Congestion passive des deux bras. Gros foie muscade.

Nodosités type Aschoff reconnaissables dans le myocarde.

OBSERVATION II

(In *Presse Médicale*, 12 mars 1930, in *Revue du Rhumatisme*, mai 1934. Complétée).

P... Violette, âgée de 8 ans et demi, entre à l'hôpital Bretonneau le 6 novembre 1928 dans l'après-midi. Cinq jours auparavant, elle a été prise brusquement de frissons et d'une fièvre s'élevant à 39°. Depuis cette date, la température oscille entre 39°, 40°. L'enfant est pâle, couverte de sueurs, légèrement dyspnéique, les lèvres sont fuligineuses, la langue sèche. L'examen de l'appareil respiratoire montre les signes suivants : matité occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit; abolition des vibrations thoraciques, abolition complète du murmure vésiculaire; souffle à timbre pleurétique et quelques frottements à la partie supérieure de la zone mate ; égophonie.

A la base gauche, il existe de la submatité, une diminution du murmure vésiculaire, des râles sous-crépitaux. Le foie n'est pas abaissé. L'espace de Traube est sonore. La matité cardiaque est normale; les bruits du cœur sont bien frappés. Une ponction exploratrice, faite du côté droit ramène un liquide purulent, présentant une polynucléose pure, et dans lequel l'examen immédiat ne révèle aucun germe. A gauche, la ponction exploratrice est négative.

On note sur la face antérieure du thorax quelques éléments éruptifs, non prurigineux, arrondis, à cen-

tre chamois, à contours bien limités par une zone rouge.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 7 novembre, l'état est stationnaire, mais les éléments éruptifs sont plus nombreux; ils occupent surtout la face antérieure du thorax et les épaules; ils forment de larges placards dont quelques-uns ont la dimension d'une pièce de 5 fr.; leur centre est chamois; leur bordure, nette, est rosée ou rouge, et légèrement surélevée.

Une nouvelle ponction à droite, ramène un liquide purulent, qui est ensemencé.

Le 8 novembre, la température oscille de 39° à 39°8, l'état pleuro-pulmonaire est sans changement. L'éruption s'est étendue et quelques placards sont apparus dans le dos. Mais nous constatons un signe nouveau, un bruit de va-et-vient péricardique, rude et râpeux, méso-cardiaque, sans propagation, et s'exagérant dans la position assise. La matité cardiaque ne semble pas accrue. Une hémoculture est pratiquée.

Bien que l'enfant n'accuse aucun symptôme articulaire, ...l'existence de l'érythème marginé en plaques discoïdes, du type décrit par BESNIER dans quelques cas de rhumatisme, fait porter le diagnostic d'affection rhumatismale et entreprendre la salicylothérapie.

L'état de l'enfant est transformé quand on connaît le 10 novembre, les résultats négatifs des ensemencements du liquide pleural et du sang.

Le 12 novembre, la température est de 37°8, les signes d'épanchement pleural persistent à droite, mais on commence à entendre faiblement le murmure vésiculaire. Le frottement péricardique ne se modifie pas; on perçoit à la pointe un léger souffle systolique à propagation axillaire. Les éléments éruptifs sont sans changement. La langue est humide; la dyspnée a presque disparu; l'amélioration de l'état général est manifeste.

Le 13 novembre, l'abaissement de la température se maintient. Une ponction exploratrice de la plèvre donne issue à un liquide séreux, stérile à l'ensemencement.

Le 14 et le 15 novembre, la fièvre remonte à 39°. Une nouvelle hémoculture pratiquée à ce moment restera négative. La dose de salicylate est portée de 6 gr. à 10 gr. L'érythème est en régression.

Les jours suivants, la température s'abaisse et l'amélioration s'accroît. Mais le salicylate qui commence à être mal toléré (vomissements, épistaxis) est supprimé le 19; la fièvre remonte aussitôt à 40° pour tomber à nouveau dès qu'on reprend la médication. Une nouvelle poussée thermique se produira du 28 novembre au 5 décembre, coïncidant avec la diminution de la dose de salicylate, et cessant lorsqu'on l'élève de nouveau à 10 gr.

...Les signes physiques s'atténuent progressivement, et la malade quitte l'hôpital le 11 février 1929, en excellente santé apparente. Elle gardait un souffle systolique de la pointe. Elle a continué à prendre

chez elle, par période discontinue, du salicylate de soude. Elle revient plusieurs fois à la consultation et le souffle mitral semble s'atténuer progressivement.

Le 27 juin 1929, il avait complètement disparu, et l'examen radiologique des poumons et du cœur à cette date était rigoureusement normal.

Elle n'avait présenté, durant tout ce temps, aucun symptôme articulaire.

La guérison n'était qu'apparente. Elle revient à l'hôpital le 30 janvier 1933 avec des arthralgies du membre inférieur droit, un souffle systolique de la pointe, de l'érythème rhumatismal, de la fièvre, et une insuffisance cardiaque qui amène une mort rapide le 15 février 1933.

L'autopsie montre des poumons congestionnés adhérant à la plèvre diaphragmatique et à la plèvre viscérale sur toute leur hauteur.

Une symphyse péricardique totale.

Le cœur est très gros; l'anneau mitral a un aspect ecchymotique et la petite valve est en partie détruite dans la région qui avoisine la grande valve. Petite zone d'aspect cicatriciel au-dessus de la sigmoïde antérieure.

Gros foie (1.530 gr.), muscade typique.

Rate grosse, engainée de périsplénite.

L'examen histologique du cœur montre une endocardite et une myocardite avec de nombreux nodules d'Aschoff (voir figure 5, page 342, *Revue du rhumatisme*, mai 1934).

OBSERVATION III

M... Alcide, 14 ans.

Entre à Bretonneau le 15 janvier 1936; depuis trois semaines, ne se porte pas bien, anorexie, inappétence, fièvre. Il a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu en 1934.

Le 16 janvier, il a 38°8, et il présente une atteinte rhumatismale du cou-de-pied gauche.

L'auscultation montre un cœur et des poumons normaux, et l'aspect serait celui d'une atteinte rhumatismale peu grave et banale, n'était un érythème qui, depuis un mois, serait déjà apparu à plusieurs reprises par poussées fugaces, d'un jour environ.

Actuellement, cet érythème siège sur l'hémithorax droit où il affecte plutôt la forme discoïde, et sur la fesse droite, où il est annulaire.

Les éléments ont la taille d'une pièce de 50 centimes au minimum, d'une petite paume de main au maximum; ils sont jaune mais au centre, rose foncé sur les bords. Les bords sont irréguliers, festonnés; quelques éléments confluent.

L'érythème disparaît sous la pression du doigt; il ne s'accompagne ni de douleur ni de prurit.

Le 18 janvier, l'érythème s'atténue et le 20, il a complètement disparu, mais on constate à l'auscultation du cœur un souffle systolique de la pointe se propageant dans l'aisselle.

Les jours suivants, ce souffle persiste, et le 4 fé-

vrier, on note une nouvelle poussée articulaire aux genoux et aux poignets.

Le 12 février 1936, les bruits du cœur s'accélèrent, le souffle systolique de la pointe augmente d'intensité, et s'accompagne d'un roulement présystolique.

De nombreuses poussées articulaires se succèdent jusqu'au 29 février 1936.

Le 13 mars, l'auscultation montre des signes cardiaques plus nombreux : à la pointe, le souffle systolique et le roulement, à la base, un souffle diastolique avec maximum aortique gauche du sternum, sur la ligne unissant l'orifice aortique à la pointe du cœur. Aux doigts, pouls capillaire.

Les signes cardiaques persistent, mais l'état général s'améliore et l'enfant est apyrétique à partir du 1^{er} avril 1936.

Le 29 avril, nouvelle poussée d'érythème, surtout au bras gauche et aux deux cuisses.

Pas de modifications des bruits du cœur.

L'enfant reste apyrétique et sort le 15 mai 1936 avec sa double lésion mitrale et son insuffisance aortique.

Revu fin juillet, son état est stationnaire.

Le 16 octobre 1936, revient à la consultation : n'a plus de température, et va à l'école; il garde un gros souffle diastolique, et un souffle systolique.

Mêmes signes en décembre 1936.

Mêmes signes en février 1937.

Le 8 mai 1937, nouvelle poussée d'érythème mar-

giné. L'enfant est très fatigué; il a de la céphalée, mais pas de fièvre. T. A. : 11 - 2.

Pas de modifications cardiaques.

OBSERVATION IV

Huguette H..., 9 ans.

Entre à Bretonneau le 18 janvier 1936. C'est une enfant qui a de vagues antécédents d'arthrite rhumatismale du poignet et du genou gauches. Depuis l'âge de 4 ans on lui a diagnostiqué une maladie mitrale.

Depuis trois mois, son état général est médiocre. Elle entre avec 38°6, un épistaxis rebelle, de la pâleur, une tachycardie à 160, une T. A. à 11-7.

L'examen du cœur montre un choc systolique de la pointe, ébranlant les 4^e, 5^e et 6^e espaces, un frémissement certain très accentué. La tachycardie rend l'auscultation très difficile.

Il n'y a pas de signe articulaire. Traitement salicylé.

Le 20 janvier, la tachycardie a diminué et l'auscultation fait entendre un roulement présystolique, un souffle systolique, une ébauche de bruit de galop. La température est à 30.

Le 22 janvier, hémoculture qui sera négative.

Du 1^{er} février au 19, la température s'abaisse et se stabilise aux environs de 37°5.

Le 21 février, la température remonte à 40°, pré-

cédant l'apparition, le 23, d'un érythème annulaire et discoïde qui siège aux bras, au dos, à la partie supérieure du thorax. Au cœur, pas de modifications des signes.

Le 25 février, nouveaux signes articulaires, au genou gauche et aux phalanges de la main gauche.

La température reste oscillante entre 37°5 et 39°5, depuis l'apparition de l'érythème. L'état général s'aggrave, la pâleur s'accroît, et l'enfant sort du service le 24 mars, sur la demande de ses parents, dans un état très précaire.

Elle meurt chez elle quelques jours après.

OBSERVATION V

(in *Revue du Rhumatisme*, février 1937.)

Suzanne G..., 13 ans.

Entre à Bretonneau le 17 avril 1936 pour une crise de rhumatisme articulaire aigu; celle-ci paraissait céder rapidement au traitement salicylé.

Mais on constatait chez elle, dès le premier jour, un souffle systolique de la pointe.

Brusquement, le 23 avril, sans que rien ait pu faire prévoir un tel accident, l'enfant fut prise de phénomènes d'insuffisance cardiaque, avec dyspnée, cyanose, râles fins aux deux bases. Le 24 avril, la température remontait à 38° et s'y maintenait pendant plusieurs jours.

Le 28 avril, on notait sur les flancs et sur la poi-

trine, l'apparition de taches d'un rose pâle, nettement marginées, et qui s'effaçaient dès le lendemain.

Les jours suivants, on constatait l'aggravation des symptômes cardiaques (roulement diastolique, souffle systolique de la pointe, bruit de galop).

Le 14 mai, une nouvelle poussée éruptive se produisait, l'érythème revêtait cette fois la forme annulaire.

Quelques jours plus tard, la fièvre remontait, des douleurs articulaires survenaient de nouveau, et l'on voyait de nouvelles taches, du type érythème, en plaques discoïdes.

Le 5 juin, signes de défaillance cardiaque, bruit de galop.

Le 18 juin, nouvelle poussée éruptive, sans apparence d'aggravation des phénomènes cardiaques ou infectieux.

Dans les trois mois suivants, l'éruption est de nouveau apparue à cinq reprises; les accidents cardiaques s'aggravèrent, et, le 23 août, les parents de l'enfant la reprirent dans un état lamentable.

Elle mourait chez elle le 10 septembre.

OBSERVATION VI

P... Henri.

A 7 ans, lors de son premier séjour à l'hôpital. Il entre le 21 avril 1934 pour une polyarthrite rhumatismale et l'on assiste à la constitution d'une insuffisance mitrale. Il sort le 2 juillet 1934.

Le 15 juin 1935, on le revoit à la consultation; il n'a pas eu de nouvelle crise, son insuffisance mitrale ne s'est pas remaniée et elle est bien tolérée. Mais le malade a une synovite des extenseurs du poignet droit et de la région pré malléolaire interne droite.

Le 14 octobre 1936, il entre à nouveau pour polyarthrite avec douleurs précordiales et dyspnée.

Le 20 octobre 1936 accident de collapsus, qui se renouvelle le 26; à ce moment on note un gros souffle systolique de la pointe et un double souffle de la base qui s'entend sur tout le bord droit du sternum.

Le 31 décembre, apparition d'un érythème du type marginé discoïde de Besnier sur tout le corps.

Deux jours après, le 2 janvier 1937, apparition d'un souffle péricardique.

Le 3 janvier l'érythème s'atténue, pour disparaître complètement le 4.

L'état général s'améliore pendant le mois de janvier.

Le 5 février 1937, nouvelle poussée d'érythème qui ne dure que 24 heures.

Le 6 février, signes de décomposition cardiaque, œdème de la face et de la paroi abdominale, avec légère ascite; l'auscultation montre une double lésion mitrale et aortique.

Le 9 février, on fait une hémoculture qui reste négative.

Pendant deux mois l'état est stationnaire, médiocre.

Le 1^{er} avril, troisième manifestation érythème, ma-

ximum à la face antérieure de la cuisse et aux bras, moins marquée sur l'abdomen et le thorax.

L'enfant reste très pâle, essoufflé, les signes cardiaques persistent.

Le 19 juin, la température monte à 40°, en même temps qu'apparaît une violente douleur précordiale.

Le 20 juin, nouvelle hémoculture, encore négative.

Le 21 juin, bruit de galop, signes nets de péricardite. tachycardie, dyspnée, température à 40°.

Les signes ne cessent de s'aggraver et l'enfant meurt le 3 juillet 1937.

A l'autopsie, on note un épanchement péricarditique de 400 cc. Les feuillets viscéral et pariétal sont épaissis, membraneux, irréguliers, mais non adhésifs.

Le ventricule gauche est très augmenté de volume, les valvules mitrales et aortiques sont épaissies et rétractées.

Le foie est gros, muscade.

Des fragments d'endocarde et de myocarde sont prélevés pour examen histologique en cours.

OBSERVATION VII

C... Lucien, a fait deux séjours à l'hôpital Bretonneau.

La première fois, il entre le 8 septembre 1936 pour une chorée avec gros troubles moteurs, et sans lésions cardiaques. Il sort très amélioré le 22 octobre 1936.

Il est revu à la consultation à plusieurs reprises. Le 5 novembre 1936 on note des douleurs dans les deux genoux, un léger œdème des chevilles, un cœur normal à l'auscultation.

Le 4 février 1937, il est revu à la consultation, et admis dans le service sur constatation de mouvements choréiques certains, de bruits du cœur assourdis, et d'un érythème marginé discoïde de la face antérieure du thorax, de l'abdomen et du bras gauche.

Le 6 février, l'érythème tend à disparaître, sauf quelques éléments apparus secondairement sur la face externe de la cuisse droite. Les bruits du cœur sont assourdis; on entend à la pointe un léger souffle systolique.

Le 8 février, l'érythème a disparu, les bruits du cœur sont très assourdis, surtout le premier, et le souffle systolique de la pointe, plus net, irradie vers l'aisselle.

Le 10 février, une hémoculture est pratiquée, qui sera négative.

Le 12 février, aux signes cardiaques précédents s'ajoute un roulement diastolique entendu un peu au-dessus de la pointe.

Ces signes cardiaques s'atténuent en mars, et le 27 le roulement ne se perçoit plus, le souffle de la pointe est à peine perceptible, mais les bruits du cœur restent assourdis.

Le 28 mars, l'enfant sort avec un état général assez satisfaisant.

Le 10 avril, à la consultation, on entend à nouveau le souffle systolique, mais assez bref et peu intense.

OBSERVATION VIII

M... Simone, 4 ans.

Vient consulter le 6 mars 1937.

Elle a fait une fièvre persistante sans localisation arthralgiques, mais son médecin a constaté il y a trois semaines une cardiopathie.

Elle présente actuellement un très gros souffle holo-systolique de la pointe, et un érythème annulaire très marqué sur la face antérieure du thorax, et aussi sur les faces latérales.

Une radiographie à cette date montre un très gros cœur gauche.

Revue depuis, elle garde son gros souffle systolique et son hypertrophie cardiaque.

APPENDICE

RAYER. — *Traité des maladies de la peau*, 2^e édition, 1835, Tome I, page 240.

Rhumatisme articulaire très rebelle. — Eruption érythémateuse roséolée fugace. — Symptômes d'entérite et de bronchite.

Une femme entre à l'hôpital au 9^e jour de sa maladie qui a débuté par :

Frissons, inappétence, pesanteurs épigastrique, diarrhée.

Le lendemain du début de la maladie : douleur au genou droit et à l'articulation tibio-tarsienne droite, et dans la région lombaire.

6 jours après, les douleurs existent aux deux genoux et augmentent encore le lendemain, gagnent l'épaule droite. Diarrhée.

Au 13^e jour de la maladie, 4 jours après son entrée, diarrhée, vomissements; l'arthropathie de l'épaule droite a disparu, mais les genoux restent douloureux.

Du 15^e jour au 16^e jour, la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen et la région lombaire sont le siège d'une éruption roséolée. A la poitrine, 4 à 5 plaques arrondies bien circonscrites d'un à deux pouces de diamètre, d'un rose pâle ne disparaissant pas complètement sous la pression du doigt. Le centre des plaques semble déprimé. Sur l'abdomen existe une zone rougeâtre, festonnée, ondulée, qui s'étend obli-

quement de l'hypochondre gauche aux environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des isles; sa partie inférieure est nettement limitée par un limbe blanchâtre semblable à celui des plaques de la poitrine. Il n'en est pas de même de la partie supérieure dont la couleur rosée diminue insensiblement et se fond dans la peau saine. Les festons de la partie inférieure sont d'une largeur inégale.

La partie supérieure de la région lombaire offre quatre plaques semblables à celles de la poitrine. Le reste du corps n'en présente point.

Le malade n'éprouve ni chaleur, ni prurit, ni douleurs dans les parties qui sont le siège de l'éruption ce qui la distingue nettement de l'urticaire.

Après deux jours, les douleurs reprennent à l'épaule et au poignet droits; l'éruption a disparu sans laisser de trace.

L'évolution se poursuit avec quelques alternatives et plusieurs poussées successives. La malade sort guérie 1 mois et 6 jours après son entrée à l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un érythème de nature rhumatismale qui a été surtout étudié chez les enfants.

Il se présente :

— soit sous l'aspect marginé discoïde décrit par BESNIER ;

— soit sous l'aspect annulaire décrit par LEHN-DORFF et LEINER.

II. — Cet érythème est pathognomonique de l'infection rhumatismale *en activité*.

Il est le fait des formes avec cardiopathies évolutives.

III. — Sa constatation suffit au diagnostic de la nature rhumatismale de l'affection.

Elle assombrit le pronostic déjà si sévère du rhumatisme chez l'enfant : lorsqu'on l'observe, l'évolution de la maladie de Bouillaud est le plus souvent mortelle, et la guérison, si elle paraît survenir, ne doit être affirmée qu'avec prudence, en faisant de grandes réserves pour les années à venir.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
CUNÉO.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LEREBOULLET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABT. — Erythème annulaire rhumatismal. *American journal of medic. Sciences*, déc. 1935.
- ASH. — Pronostic de la maladie rhumatismale de l'enfant. *American journal of diseases of Children*, août 1936.
- BERTOYE. — Erythèmes infectieux, in *Traité de Médecine des Enfants de Nobécourt et Babonneix*, t. II, 1934.
- BESNIER. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (Delachambre, t. IV), 1876.
- BINDSCHEDLER. — Réunion dermatologique de Strasbourg, in *Strasbourg médical*, 15 avril 1936.
- CAROL et Van KRIEKEN. — *Acta paediatrica*, vol. XVII, fasc. 3, mars 1935.
- DEBRÉ, LAMY et Mlle JANINET. — Erythème rhumatismal et streptococcémie à streptococcus viridans. Société médicale des hôpitaux, 15 oct. 1936.
- DESHAYES. — Sur l'érythème discoïde rhumatismal, in *Centre Médical*, novembre 1935.
- FERRAND. — Les exanthèmes du rhumatisme. *Thèse de Paris*, 1862.
- FRIBOURG-BLANC, GRAU et BLICHER. — Un cas de maladie rhumatismale à forme cutanée. Soc. de médecine militaire française, 15 oct. 1936.
- H. GRENET et DELALANDE. — Le rhumatisme articulaire chez l'enfant. *Archives de médecine des enfants*, août 1928.

- H. GRENET. — Formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale, *Presse médicale*, 12 mars 1930.
- Formes cliniques de la maladie rhumatismale. II^e Congrès international contre le Rhumatisme, Liège, 18-21 sept. 1930. — *Monde médical*, 1^{er} oct. 1931. — *Acta rhumatologica*, février 1931.
- La Maladie rhumatismale chez l'enfant, in Conférences cliniques de médecine infantile, 1^{re} série, 1932.
- H. GRENET et L. PÉLISSIER. — Les Rhumatismes (éditions de l'Expansion Scientifique Française), 1932.
- H. GRENET. — Vue d'ensemble sur les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. *Journal Médical Français*, août 1933.
- H. GRENET et R. LEVENT. — Notes sur l'anatomie pathologique de la maladie rhumatismale. *Revue du rhumatisme*, mai 1934.
- H. GRENET. — Erythème rhumatismal. Société médicale des hôpitaux, 26 juin 1936.
- Les érythèmes rhumatismaux. *Revue du rhumatisme*, février 1937.
- Mme GRENET-CAZAMIAN. — Formes malignes de la maladie rhumatismale, *Thèse Paris*, 1934.
- LEICHTENTRITT. — L'infection rhumatismale dans l'enfance. *Ergebn. der inner. Mediz. und Kinderheilk*, vol. 37, 1930.
- LICHTMANN et GROSS. — *Archives of intern. med.*, 1932, 49, p. 1078.
- LEHNDORFF et LEINER. — L'érythème annulaire, un érythème typique dans l'endocardite. *Zeitschr. f. Kinderheilk*, t. 32, 1922.
- LEHNDORFF. — L'érythème annulaire rhumatismal. *Wien. Kl. Woch.*, 1930, p. 45.
- LE GALL. — Erythème marginé rhumatismal. *Thèse Paris* 1937.

PERROUD. — De l'érysipèle rhumatismal. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, année 1873-1874, t. V.

RAYER. — *Traité des maladies de la peau*, 2^e édition, 1935, tome I, p. 240, chapitre Roséole.

WALLGREN. — Etude de l'érythème annulaire rhumatismal. *Acta paediatrica*, vol. XVII, fasc. 4, 25 juin 1935.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	11
Historique.	13
Etude clinique.	19
Etude histologique et bactériologique.	27
Diagnostic.	31
Pronostic.	33
Observations.	35
Conclusions.	53
Bibliographie.	55



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



